

Outcome Rating Scale (ORS)

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

Sitzung Nr.: _____ Datum: _____

**Wenn Sie auf die Zeit seit unserer letzten Sitzung einschließlich heute
zurückblicken, wie haben Sie sich gefühlt?**

Schätzen Sie bitte ein, wie es Ihnen in den folgenden Bereichen gegangen ist. Je mehr Sie ein Kreuz zum linken Ende der Linie hin setzen, umso schlechter ist es Ihnen in diesem Bereich gegangen, je weiter Sie dies nach rechts setzen, umso besser.

Ganz persönlich ist es mir gegangen:

I-----I

In Familie/nahen Beziehungen ist es mir gegangen:

I-----I

In Arbeit/Schule/Freundschaften ist es mir gegangen:

I-----I

Insgesamt ist es mir gegangen:

I-----I

International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

Session Rating Scale (SRS V.3.0)

| | | |
|--------------------|--------------|-------------------|
| Name: _____ | Alter: _____ | Geschlecht: _____ |
| Sitzung Nr.: _____ | Datum: _____ | |

Bitte bewerten Sie die heutige Sitzung, indem Sie auf der Linie ankreuzen, inwieweit eine der Beschreibungen zutrifft.

Therapeutische Beziehung:

Ich fühlte mich *nicht* gehört, verstanden und respektiert.

I-----I

Ich fühlte mich gehört, verstanden und respektiert.

Ziele und Themen:

Wir haben *nicht* daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.

I-----I

Wir haben daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.

Herangehensweise oder Methode:

Die Herangehensweise der Therapeuten passt *nicht* gut für mich.

I-----I

Die Herangehensweise der Therapeuten passt gut für mich.

Insgesamt:

In der heutigen Sitzung hat etwas gefehlt.

I-----I

Insgesamt gesehen war die heutige Sitzung für mich angemessen.

International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

Licensed for personal use only